

Data wpływu do Dziekanatu: .....

Warszawa, dn. ....

data

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Rok, kierunek studiów, specjalizacja

.....  
Tryb studiów

.....  
Numer albumu

.....  
Adres do korespondencji

Dziekan Wydziału Teologii WSTS  
Prezb. dr Tomasz Józefowicz

### PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW NA DZIEŃ OBRONY

Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na dzień obrony pracy dyplomowej, tj.  
..... Promotorem pracy dyplomowej jest .....

.....  
Podpis studenta

Decyzja Dziekana:

.....  
.....  
.....  
.....